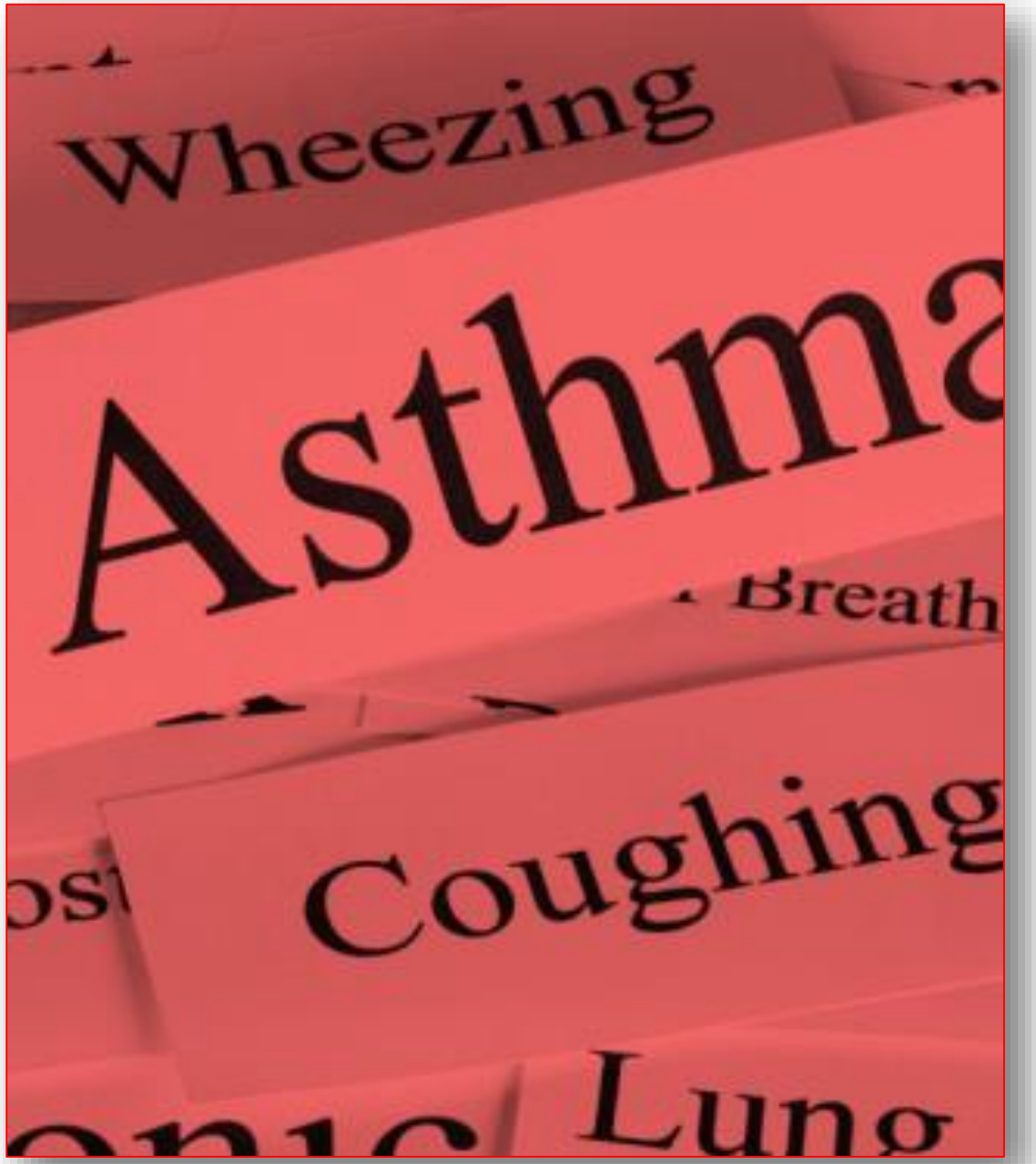
Προβλήματα στη διαχείριση του Σοβαρού Άσθματος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Μαρκάτος Μιλτιάδης
Πνευμονολόγος



We're not treating asthma; we're treating patients. Many of our patients would not be eligible for inclusion in randomized controlled trials because of comorbidities and other factors. Thus, the asthma guidelines, which are based on results of these trials, often do not provide the answers we need for patient care, particularly in the primary care setting.

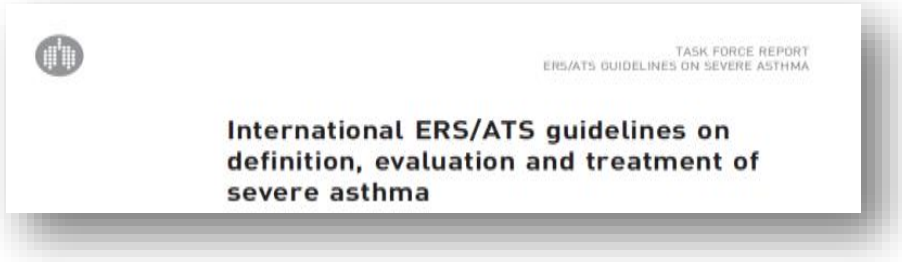
Dr. John Haughney
GP Director,
Glasgow Clinical Research Facility

Ορισμός του άσθματος

Το άσθμα είναι μια ετερογενής νόσος, η οποία συνήθως χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή των αεραγωγών.

Η χρόνια φλεγμονή σχετίζεται με τη βρογχική υπεραντιδραστικότητα που οδηγεί σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια δύσπνοιας, βήχα, συρίτουσας αναπνοής και σφιξίματος στο στήθος ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της νύχτας και νωρίς το πρωί.

Αυτά τα επεισόδια συνήθως σχετίζονται με εκτεταμένη αλλά μεταβλητή απόφραξη της ροής αέρα στους πνεύμονες που συχνά είναι αντιστρεπτή είτε αυθόρμητα είτε μετά από θεραπευτική παρέμβαση.



Σοβαρό άσθμα

✓ Το άσθμα που απαιτεί θεραπεία με αγωγή του σταδίου **GINA 4–5** κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους με υψηλές δόσεις ICS και δεύτερο φάρμακο ελέγχου (ή / και OCS) για να μην γίνει «μη ελεγχόμενο» ή το οποίο παραμένει «μη ελεγχόμενο» παρόλη τη θεραπεία.

ERS/ATS Guidelines 2014

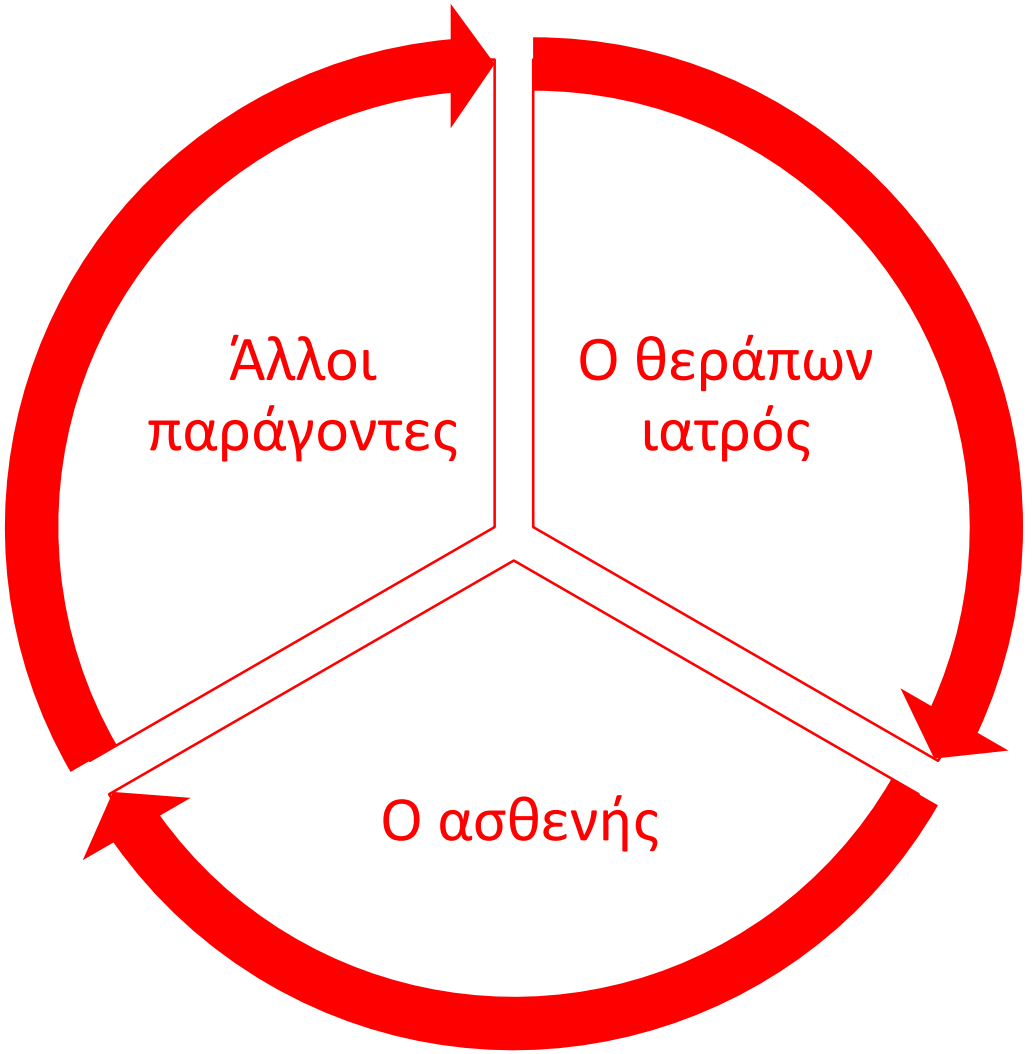
Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι της αντιμετώπισης του άσθματος

Επίτευξη **ελέγχου των συμπτωμάτων** και διατήρηση των **φυσιολογικών επιπέδων δραστηριότητας.**

Ελαχιστοποίηση μελλοντικού κινδύνου από:

- √ Τις παροξύνσεις,
- √ Τον σταθερό περιορισμό της ροής του αέρα
- √ Τις παρενέργειες

Ποια είναι τα εμπόδια στη βέλτιστη διαχείριση του άσθματος

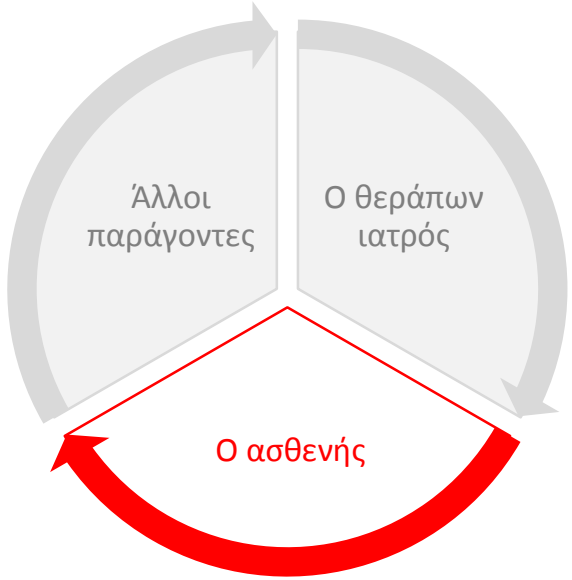


Asthma Management in Primary Care: Pathway to Control
www.practicingclinicians.com/2014

Ο θεράπων ιατρός μπορεί να ...

- αδυνατεί να κάνει μια γρήγορη και ακριβή διάγνωση
- παραβλέπει ή να στερείται την πεποίθηση για την χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών
- ξεκινήσει ακατάλληλη θεραπεία
- παρακολουθεί ανεπαρκώς την ανταπόκριση στην θεραπεία
- αποτύχει να αναγνωρίσει έγκαιρα μια προειδοποίηση επιδείνωσης ή μια σοβαρή παρόξυνση
- εκπαιδεύσει ανεπαρκώς τον ασθενή για την πρόληψη των συμπτωμάτων με ένα σχέδιο έκτακτης δράσης

Ο ασθενής μπορεί να ...

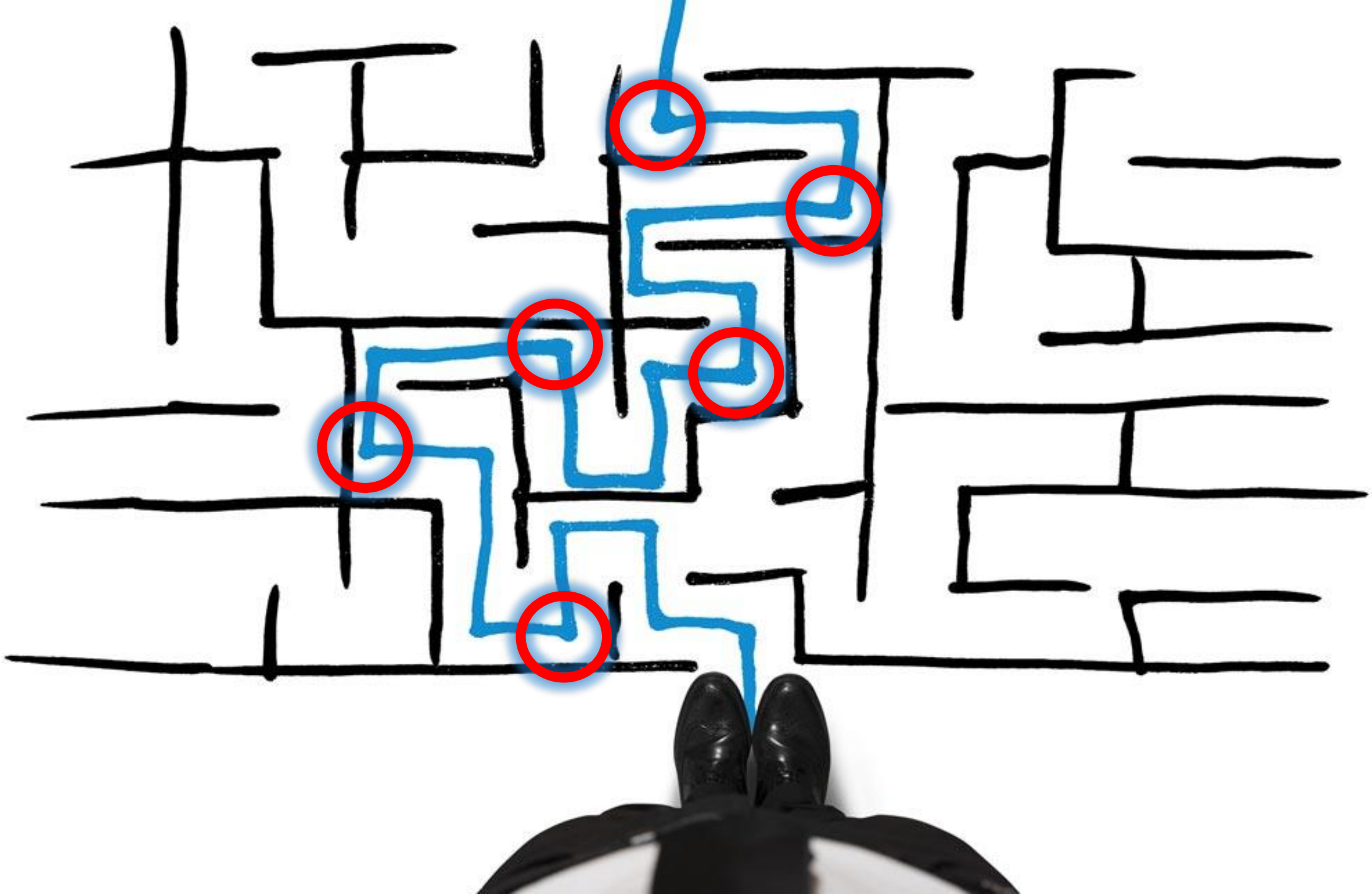


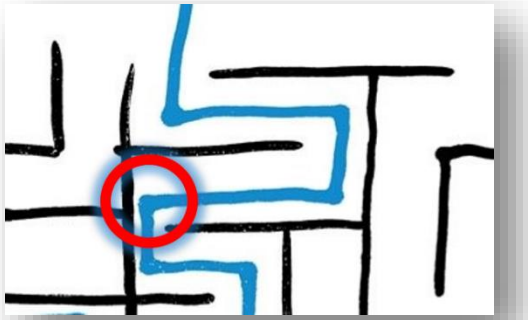
- αποτύχει στην αποφυγή περιβαλλοντικών παραγόντων
- μην τηρεί την καθορισμένη αγωγή
- χρησιμοποιεί λανθασμένη τεχνική εισπνοής
- μην αναγνωρίσει έγκαιρα την επιδείνωση του άσθματος
- αποτύχει να εκτιμήσει τη σοβαρότητα μιας παρόξυνσης και να περιμένει πολύ καιρό για να ζητήσει ιατρική βοήθεια

Άλλοι παράγοντες …

- ο ασφαλιστής αδυνατεί να καλύψει θεμελιώδεις ανάγκες.
- οι δαπάνες των φαρμάκων μπορεί να είναι απαγορευτικές.
- τα ταμεία ή το Σύστημα Υγείας μπορεί να έχουν περιορισμένη δυνατότητα ολοκληρωμένης διαχείρισης του άσθματος.

Asthma Management in Primary Care: Pathway to Control
www.practicingclinicians.com/2014



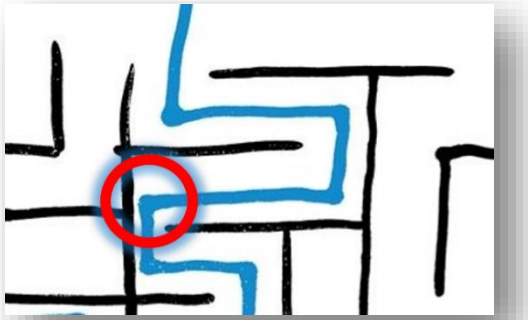


Επιβεβαιώνω τη διάγνωση του άσθματος

Νοσήματα που μπορεί να μεταμφιέζονται ως σοβαρό άσθμα

- Δυσλειτουργική αναπνοή / δυσλειτουργία των φωνητικών χορδών
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
- Υπεραερισμός με κρίσεις πανικού
- Αποφρακτική βρογχιολίτιδα
- Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
- Ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμάκου (π.χ. αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου)
- Βρογχεκτασίες / κυστική ίνωση
- Πνευμονίτιδα από υπερευαισθησία
- Υπερηωσινοφιλικά σύνδρομα
- Πνευμονική εμβολή
- Ερπητική τραχειοβρογχίτιδα
- Ενδοβρογχική βλάβη / ξένο σώμα (π.χ. καρκινοειδές, στένωση τραχείας)
- Αλλεργική ασπεργίλλωση
- Τραχειοβρογχομαλακία
- Σύνδρομο Churg-Strauss

ERS/ATS Guidelines 2014



Προσδιορίζω το δύσκολο για θεραπεία άσθμα

Δύσκολο άσθμα

✓ Ψυχολογικοί παράγοντες

✓ Συνεχής περιβαλλοντική έκθεση

✓ Μη θεραπευόμενες ή υπο-θεραπευόμενες συνοσηρότητες

✓ Συνεχής χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία

Bel EH, Thorax 2011

Δύσκολο άσθμα

✓ Ψυχολογικοί παράγοντες

✓ Συνεχής περιβαλλοντική έκθεση

✓ Μη θεραπευόμενες ή υπο-θεραπευόμενες συνοσηρότητες

✓ Συνεχής χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία

Σοβαρό επίμονο άσθμα

Bel EH, Thorax 2011

Φτωχός έλεγχος

του άσθματος ή συχνές σοβαρές παροξύνσεις (2≥ ανά έτος) παρά τη χρήση υψηλής – εντατικής θεραπείας

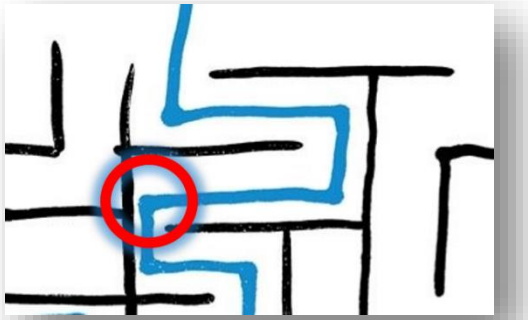
ή

Επαρκής έλεγχος

παίρνοντας συστηματικά στεροειδή υπό τον κίνδυνο σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών

Σοβαρό επίμονο άσθμα

Bel EH, Thorax 2011



Διαπιστώνω εάν το σοβαρό άσθμα είναι ελεγχόμενο ή μη ελεγχόμενο

Ποιοί είναι οι ασθενείς με μη ελεγχόμενο άσθμα;

Αν έχουν ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω:

- **Πτωχός έλεγχος συμπτωμάτων:** ACQ >1.5 ή ACT<20 για διάστημα παρακολούθησης άνω των 3 μηνών.
- **Συχνές σοβαρές παροξύνσεις:** 2 ή περισσότερες ώσεις OCSs (για διάστημα >3 ημερών η καθεμία) το προηγούμενο έτος.
- **Βαριάς Μορφής/Επικίνδυνες παροξύνσεις:** τουλάχιστον μία νοσηλεία σε θάλαμο ή σε ΜΕΘ ή μηχανική υποστήριξη της αναπνοής το προηγούμενο έτος.
- **Περιορισμός ροής αέρα:** FEV1<80% του προβλεπόμενου (παρουσία μειωμένου FEV1/FVC)

ERS/ATS Guidelines 2014

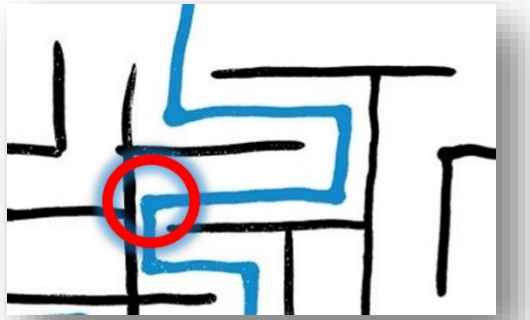
- Οποιοδήποτε από τα προηγούμενα κριτήρια
- Ήδη στην μέγιστη αγωγή

Σοβαρό Άσθμα

- Δεν πληροί τα κριτήρια
- Επιδείνωση άσθματος σε μείωση OCS

Σοβαρό Άσθμα

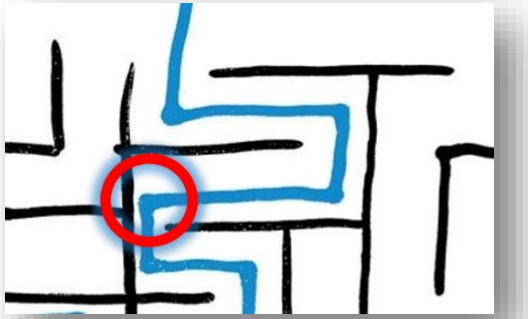
ERS/ATS Guidelines 2014



Αξιολογώ συνυπάρχοντες παράγοντες και συνοδά νοσήματα

Τι ελέγχω στο δύσκολο στη θεραπεία ή στο σοβαρό άσθμα		
	Μη συμμόρφωση στη θεραπεία	Επιβεβαίωση από την εκτέλεση της συνταγής
	Πτωχή τεχνική εισπνοών	32%-56% σε διάφορες μελέτες
	Κόστος	Δυνητικά σημαντική παράμετρος

ERS/ATS Guidelines 2014

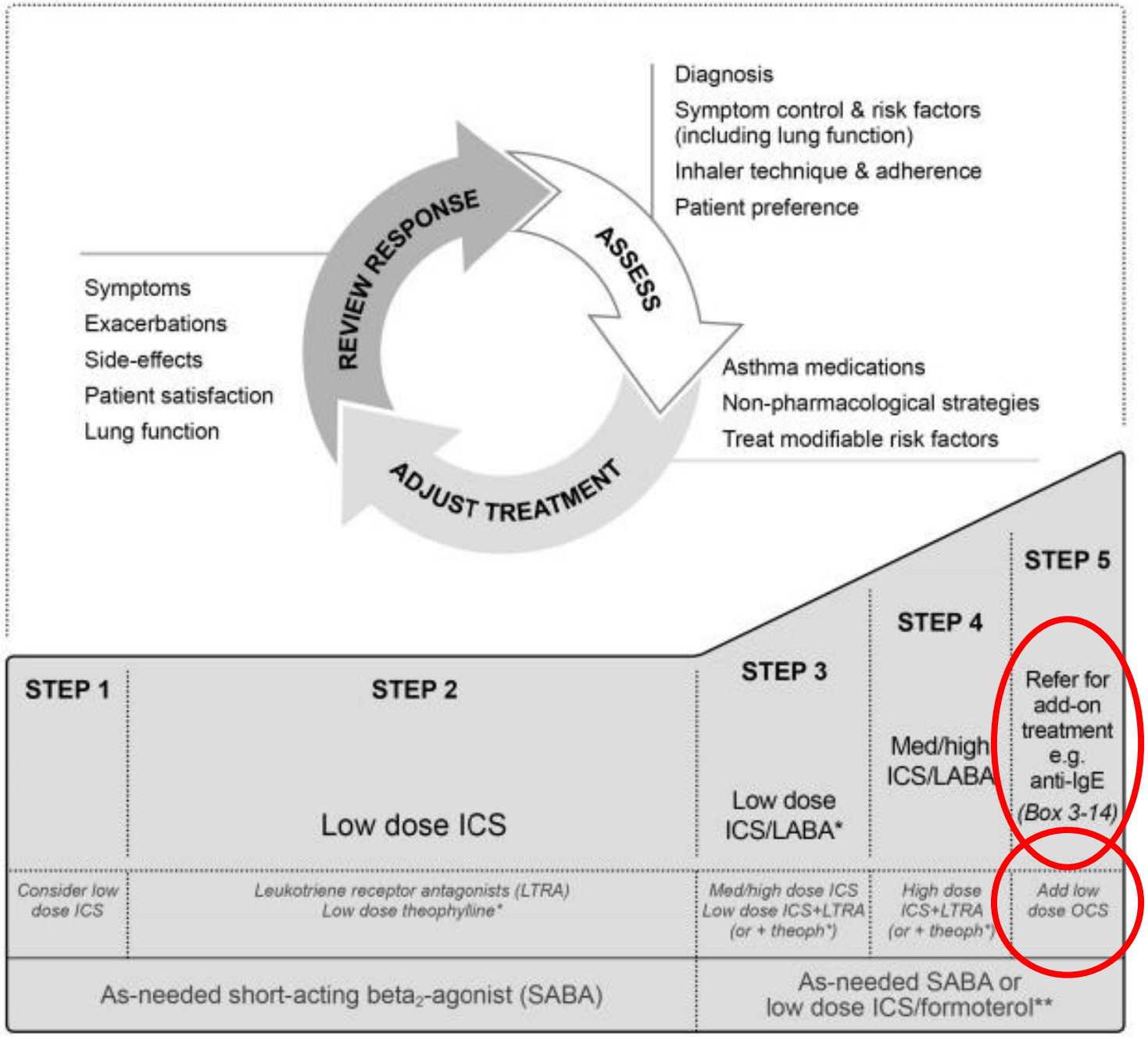


Θεραπεύω

Σοβαρό άσθμα

✓ Το άσθμα που απαιτεί θεραπεία με αγωγή του σταδίου **GINA 4–5** κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους με υψηλές δόσεις ICS και δεύτερο φάρμακο ελέγχου (ή / και OCS) για να μην γίνει «μη ελεγχόμενο» ή το οποίο παραμένει «μη ελεγχόμενο» παρόλη τη θεραπεία.

ERS/ATS Guidelines 2014


Diagnosis
Symptom control & risk factors (including lung function)
Inhaler technique & adherence
Patient preference
REVIEW RESPONSE
ASSESS
ADJUST TREATMENT
Symptoms
Exacerbations
Side-effects
Patient satisfaction
Lung function
Asthma medications
Non-pharmacological strategies
Treat modifiable risk factors
PREFERRED CONTROLLER CHOICE
STEP 1
STEP 2
STEP 3
STEP 4
STEP 5
Low dose ICS
Low dose ICS/LABA*
Med/high ICS/LABA
Refer for add-on treatment e.g. anti-IgE (Box 3-14)
Other controller options
Consider low dose ICS
Leukotriene receptor antagonists (LTRA)
Low dose theophylline*
Med/high dose ICS Low dose ICS+LTRA (or + theoph*)
High dose ICS+LTRA (or + theoph*)
Add low dose OCS
RELIEVER
As-needed short-acting beta2-agonist (SABA)
As-needed SABA or low dose ICS/formoterol**

STEP 5: Higher level care and/or add-on

Treatment options that may be considered at Step 5 include:

Anti-immunoglobulin E (anti-IgE) treatment (omalizumab): this is suggested for patients with moderate or severe allergic asthma that is uncontrolled on Step 4 treatment (Evidence A)

Sputum-guided treatment: for patients with persisting symptoms and/or exacerbations despite high-dose ICS or ICS/LABA, treatment may be adjusted based on eosinophilia (>3%) in induced sputum. In severe asthma, this strategy leads to reduced exacerbations and/or lower doses of ICS (Evidence A)

Bronchial thermoplasty: may be considered for some adult patients with severe asthma (Evidence B)

Add-on low dose oral corticosteroids (≤7.5 mg/day prednisone equivalent): may be effective for some adults with severe asthma (Evidence D); but are often associated with substantial side effects (Evidence B)

STEP 5: Higher level care and/or add-on

Treatment options that may be considered at Step 5 include:

Anti-immunoglobulin E (anti-IgE) treatment (omalizumab): this is suggested for patients with moderate or severe allergic asthma that is uncontrolled on Step 4 treatment (Evidence A)

Sputum-guided treatment: for patients with persisting symptoms and/or exacerbations despite high-dose ICS or ICS/LABA, treatment may be adjusted based on eosinophilia (>3%) in induced sputum. In severe asthma, this strategy leads to reduced exacerbations and/or lower doses of ICS (Evidence A)

Bronchial thermoplasty: may be considered for some adult patients with severe asthma (Evidence B)

Add-on low dose oral corticosteroids (≤7.5 mg/day prednisone equivalent): may be effective for some adults with severe asthma (Evidence D); but are often associated with substantial side effects (Evidence B)

STEP 5: Higher level care and/or add-on

Treatment options that may be considered at Step 5 include:

Anti-immunoglobulin E (anti-IgE) treatment (omalizumab): this is suggested for patients with moderate or severe allergic asthma that is uncontrolled on Step 4 treatment (Evidence A)

Sputum-guided treatment: for patients with persisting symptoms and/or exacerbations despite high-dose ICS or ICS/LABA, treatment may be adjusted based on eosinophilia (>3%) in induced sputum. In severe asthma, this strategy leads to reduced exacerbations and/or lower doses of ICS (Evidence A)

Bronchial thermoplasty: may be considered for some adult patients with severe asthma (Evidence B)

Add-on low dose oral corticosteroids (≤7.5 mg/day prednisone equivalent): may be effective for some adults with severe asthma (Evidence D); but are often associated with substantial side effects (Evidence B)

Προβλήματα σχετιζόμενα με τη θεραπεία του σοβαρού άσθματος

Το σοβαρό άσθμα είναι (και αυτό) ετερογενής νόσος.

Δεν υπάρχουν έως τώρα αρκετές μελέτες για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών.

Λείπουν μελέτες των κλασσικών θεραπειών (LABA, ICS, LTRAs) και των πιθανών συνδυασμένων θεραπειών.

Υπάρχουν πολλές εν εξελίξει μελέτες με νέα φάρμακα που στοχεύουν σε συγκεκριμένους φαινότυπους.

Μειωμένη ευαισθησία στα ICS και OCS

Τα OCS είναι απαραίτητα περίπου στο 30% των ασθματικών με σοβαρό άσθμα για τη ρύθμιση της νόσου.

Δεν έχει ορισθεί ο ιδεώδης χρόνος έναρξης αγωγής με OCS.

Η μειωμένη ευαισθησία στα CS έχει συνδυαστεί με παράγοντες που συμβάλλουν στη νοσηρότητα (παχυσαρκία, κάπνισμα, χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D και μη ηωσινοφιλική φλεγμονή).

Σε μερικούς ασθενείς με σοβαρό άσθμα είναι δυνατόν να υπάρχει και να επιμένει ηωσινοφιλική φλεγμονή παρά τις υψηλές δόσεις ICS ή ακόμη και OCS.

Δεν είναι σαφές εάν η συνεχής χρήση χαμηλής δόσης OCS είναι ανώτερη των πολλαπλών χορηγήσεων ώσεων OCS για τον έλεγχο των παροξύνσεων.

Συνηθέστερες ανεπιθύμητες ενέργειες: αυξημένη συχνότητα καταγμάτων, καταρράκτης, αύξηση ΣΒ, διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης, ΑΥ.

Εισπνεόμενα κορτικοειδή (ICS)

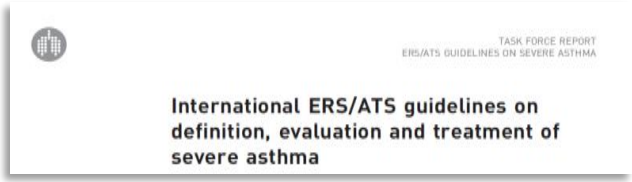
Η χρήση αεροθαλάμου μειώνει την συστηματική απορρόφηση.

Συνηθέστερες ανεπιθύμητες ενέργειες: αυξημένος κίνδυνος καταστολής των επινεφριδίων, καθυστέρηση της ανάπτυξης (παιδιά).

Υπάρχει εξατομικευμένη απαντητικότητα στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα των ICS και κάποιες ενδείξεις ότι οι υψηλότερες δόσεις ICS μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές στο σοβαρό άσθμα.

Η υψηλή δόση των ICS για το σοβαρό άσθμα είναι υψηλότερη από τις συνηθισμένες δόσεις που χρειάζονται για να επιτευχθεί το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα στο ηπιότερο άσθμα.

Υψηλή ημερήσια δόση ICS στο σοβαρό άσθμα (ασθενείς > 12 ετών)



Beclomethasone dipropionate	≥2000 (DPI ή CFC MDI) ή ≥1000 (HFA MDI)	≥1000 (DPI ή CFC MDI) ή ≥400 (HFA MDI)
Budesonide	≥1600 (MDI or DPI)	≥800 (MDI or DPI)
Ciclesonide	≥320 (HFA MDI)	≥320 (HFA MDI)
Fluticasone propionate	≥1000 (HFA MDI or DPI)	≥500 (HFA MDI or DPI)
Mometasone furoate	≥800 (DPI)	≥440 (DPI)
Triamcinolone acetonide	≥2000	≥2000

ERS/ATS Guidelines 2014 / GINA Workshop Report 2014

SABAs και LABAs

Με την προσθήκη ενός LABA μερικοί ασθενείς με σοβαρό άσθμα είναι δυνατόν να πετύχουν βελτίωση σε κάποιες παραμέτρους του άσθματός τους χωρίς να φτάσουν την βέλτιστη ρύθμιση, όπως εκφράζεται με το ACQ-7 ή το ACT. .

Η συστηματική χρήση νεφελοποιητών αντενδείκνυται (σχετική αναποτελεσματικότητα στη χορήγηση του φαρμάκου, υπερβολική εξάρτηση από τη συσκευή εκ μέρους του ασθενή με αποφυγή για έγκαιρη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας).

Η χρήση pMDI με αεροθάλαμο είναι εξίσου αποτελεσματική με τον νεφελοποιητή.

ERS/ATS Guidelines 2014

LTRAs

Η προσθήκη montelukast έδειξε κάποια αποτελεσματικότητα στην αναπνευστική λειτουργία ασθενών με μέτριο έως σοβαρό ευαίσθητο στην ασπιρίνη άσθμα.

Η προσθήκη montelukast σε μη φαινοτυπημένους σοβαρούς ασθματικούς υπό LABA-ICS δεν έδειξε κάποια βελτίωση στην αναπνευστική λειτουργία.

ERS/ATS Guidelines 2014

LAMAs

Πολλοί ασθενείς με σοβαρό άσθμα έχουν εμμένουσα χρόνια απόφραξη των αεραγωγών

Το Triotopium bromide βελτίωσε την αναπνευστική λειτουργία και τα συμπτώματα σε ασθενείς με μέτριο-σοβαρό άσθμα υπό μέτρια-υψηλή δόση ICS με LABA.

Το Triotopium bromide μείωσε την πιθανότητα παρόξυνσης σε ασθενείς με σοβαρό άσθμα υπό υψηλή δόση ICS με LABA.

ERS/ATS Guidelines 2014

Omalizumab

Είναι αποτελεσματική σε IgE-εξαρτώμενο αλλεργικό άσθμα, το οποίο παραμένει μη ελεγχόμενο παρά τη βέλτιστη φαρμακευτική και μη φαρμακευτική διαχείριση

Τιτλοποιείται σε επίπεδο ολικής IgE 30-1300 IU/ml.

Πότε και πώς αξιολογείται η ανταπόκριση στη θεραπεία;

Η αξιολόγηση γίνεται περίπου στους 4 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας

Η αξιολόγηση είναι πολυπαραγοντική και συνήθως εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη σε κάθε ασθενή

Η απόφαση για τη συνέχιση χορήγησης Omalizumab πρέπει να βασίζεται στο κατά πόσον έχει σημειωθεί βελτίωση συνολικά στον έλεγχο του άσθματος

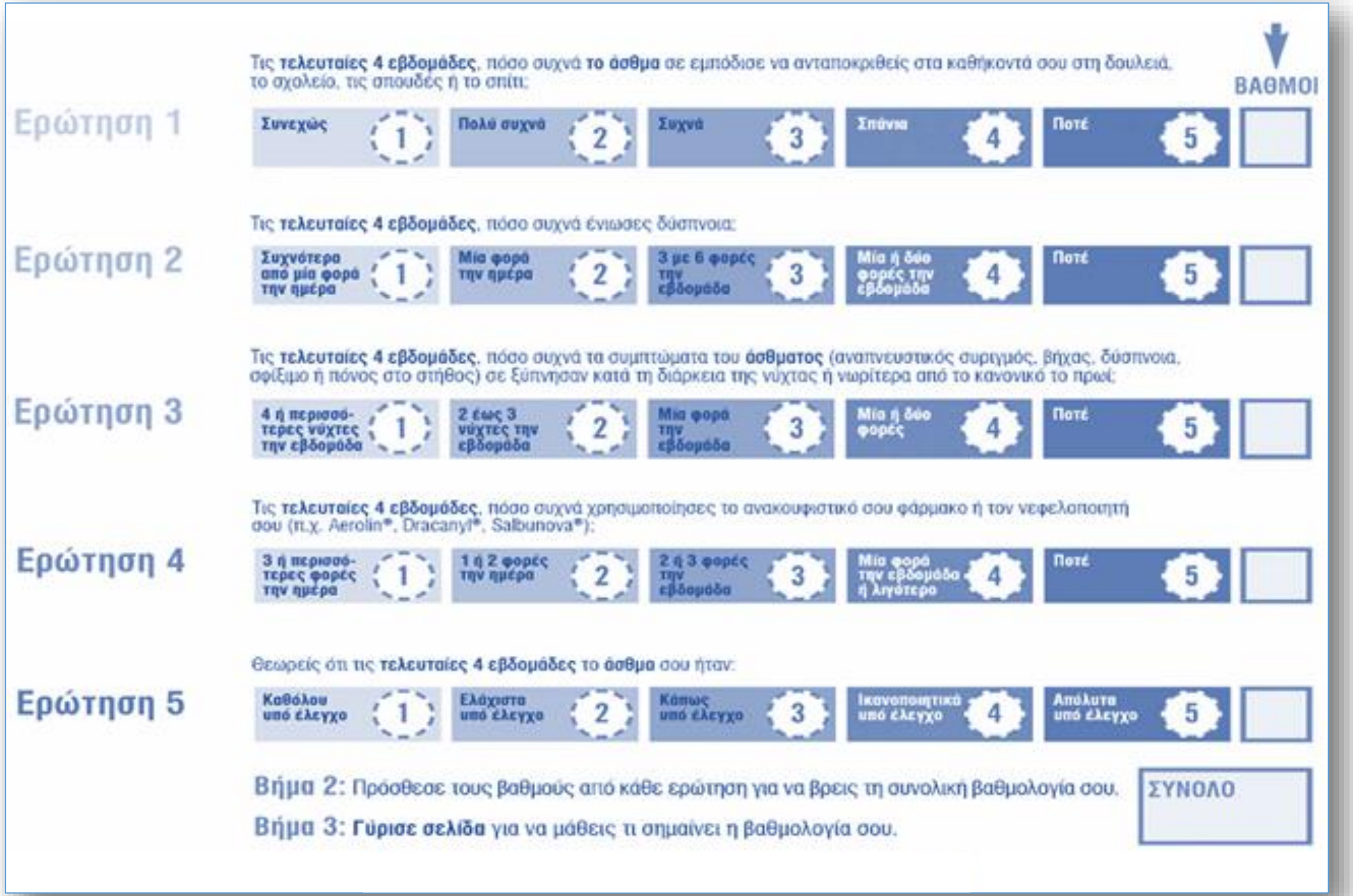
ERS/ATS Guidelines 2014

Ανταπόκριση στη θεραπεία	Απρογραμμάτιστη χρήση υπηρεσιών υγείας
Στοιχεία προς αξιολόγηση	Μείωση των παροξύνσεων
	Βελτίωση στον έλεγχο του άσθματος
	Βελτίωση ποιότητας ζωής

ERS/ATS Guidelines 2014

ACT

Asthma Control Test



ΒΑΘΜΟΙ

Ερώτηση 1

Τις **τελευταίες 4 εβδομάδες**, πόσο συχνά **το άσθμα** σε εμπόδισε να ανταποκριθείς στα καθήκοντά σου στη δουλειά, το σχολείο, τις σπουδές ή το σπίτι;

Συνεχώς 1	Πολύ συχνά 2	Συχνά 3	Σπάνια 4	Ποτέ 5	

Ερώτηση 2

Τις **τελευταίες 4 εβδομάδες**, πόσο συχνά ένιωσες δύσπνοια;

Συχνότερα από μία φορά την ημέρα 1	Μία φορά την ημέρα 2	3 με 6 φορές την εβδομάδα 3	Μία ή δύο φορές την εβδομάδα 4	Ποτέ 5	

Ερώτηση 3

Τις **τελευταίες 4 εβδομάδες**, πόσο συχνά τα συμπτώματα του **άσθματος** (αναπνευστικός συριγμός, βήχας, δύσπνοια, σφίξιμο ή πόνος στο στήθος) σε ξύπνησαν κατά τη διάρκεια της νύχτας ή νωρίτερα από το κανονικό το πρωί;

4 ή περισσότερες νύχτες την εβδομάδα 1	2 έως 3 νύχτες την εβδομάδα 2	Μια φορά την εβδομάδα 3	Μία ή δύο φορές 4	Ποτέ 5	

Ερώτηση 4

Τις **τελευταίες 4 εβδομάδες**, πόσο συχνά χρησιμοποίησες το ανακουφιστικό σου φάρμακο ή τον νεφελοποιητή σου (π.χ. Aerolin®, Dracanyl®, Salbunova®);

3 ή περισσότερες φορές την ημέρα 1	1 ή 2 φορές την ημέρα 2	2 ή 3 φορές την εβδομάδα 3	Μία φορά την εβδομάδα ή λιγότερο 4	Ποτέ 5	

Ερώτηση 5

Θεωρείς ότι τις **τελευταίες 4 εβδομάδες** το **άσθμα** σου ήταν:

Καθόλου υπό έλεγχο 1	Ελάχιστα υπό έλεγχο 2	Κάπως υπό έλεγχο 3	Ικανοποιητικά υπό έλεγχο 4	Απόλυτα υπό έλεγχο 5	

Βήμα 2: Πρόσθεσε τους βαθμούς από κάθε ερώτηση για να βρεις τη συνολική βαθμολογία σου.

ΣΥΝΟΛΟ

Βήμα 3: **Γύρισε σελίδα** για να μάθεις τι σημαίνει η βαθμολογία σου.

This is what I need to do to stay on top of my asthma:

My personal best peak flow is: ____

My preventer inhaler
(insert name/colour) ____

I need to take my preventer inhaler every day even when I feel well.

I take ____ puff(s) in the morning
and ____ puff(s) at night.

My reliever inhaler
(insert name/colour) ____

I take my reliever inhaler only if I need to.

I take ____ puff(s) of my reliever inhaler if any of these things happen:

- I'm wheezing
- My chest feels tight
- I'm finding it hard to breathe
- I'm coughing

Other medicines I take for my asthma every day:

If I haven't had any symptoms or needed my reliever inhaler for at least 12 weeks, talk to my GP or asthma nurse about reviewing my medicines.

People with allergies need to be extra careful as attacks can be more severe.

My asthma is getting worse if I notice any of these:

- **My symptoms are coming back (wheeze, tightness in my chest, feeling breathless, cough)**
- **I am waking up at night**
- **My symptoms are interfering with my usual day-to-day activities (eg at work, exercise)**
- **I am using my reliever inhaler ____ times a week or more**
- **My peak flow drops to below ____**

This is what I can do straight away to get on top of my asthma:

1. **If I haven't been using my preventer inhaler, start using it regularly again or:**

   Increase my preventer inhaler dose to ____ **until my symptoms have gone and my peak flow is back to normal.**

   Take my reliever inhaler as needed (up to ____ puffs every four hours).

   If I don't improve within 48 hours make an urgent appointment to see my GP or asthma nurse.

2. **If I have been given prednisolone tablets (steroid tablets) to keep at home:**

   Take ____ mg of prednisolone tablets (which is ____ x 5mg) **immediately** and again every morning for ____ days or until I am fully better.

   Call my GP today and let them know I have started taking steroids and make an appointment to be seen within 24 hours.

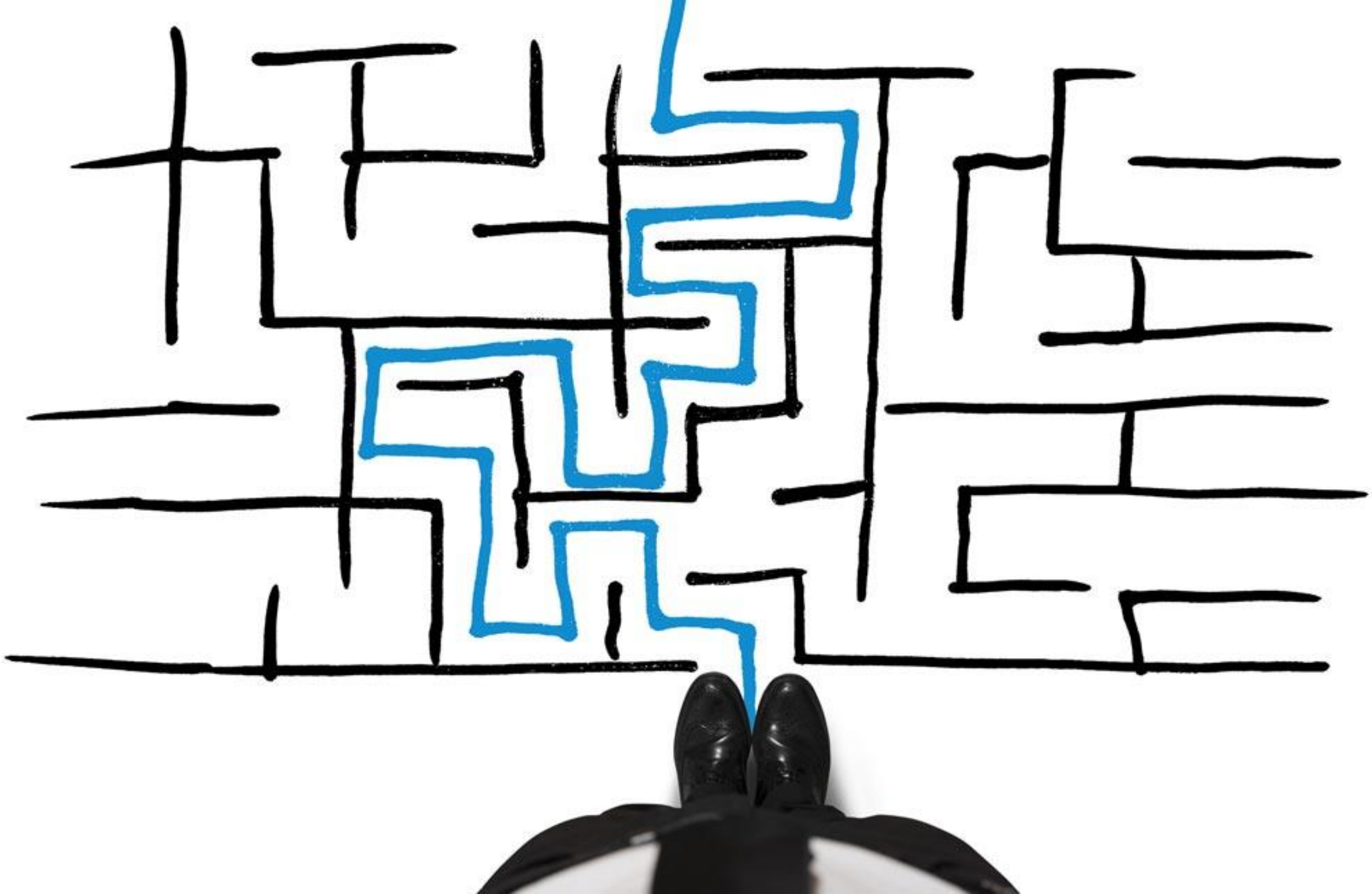
I am having an asthma attack if any of these happen:

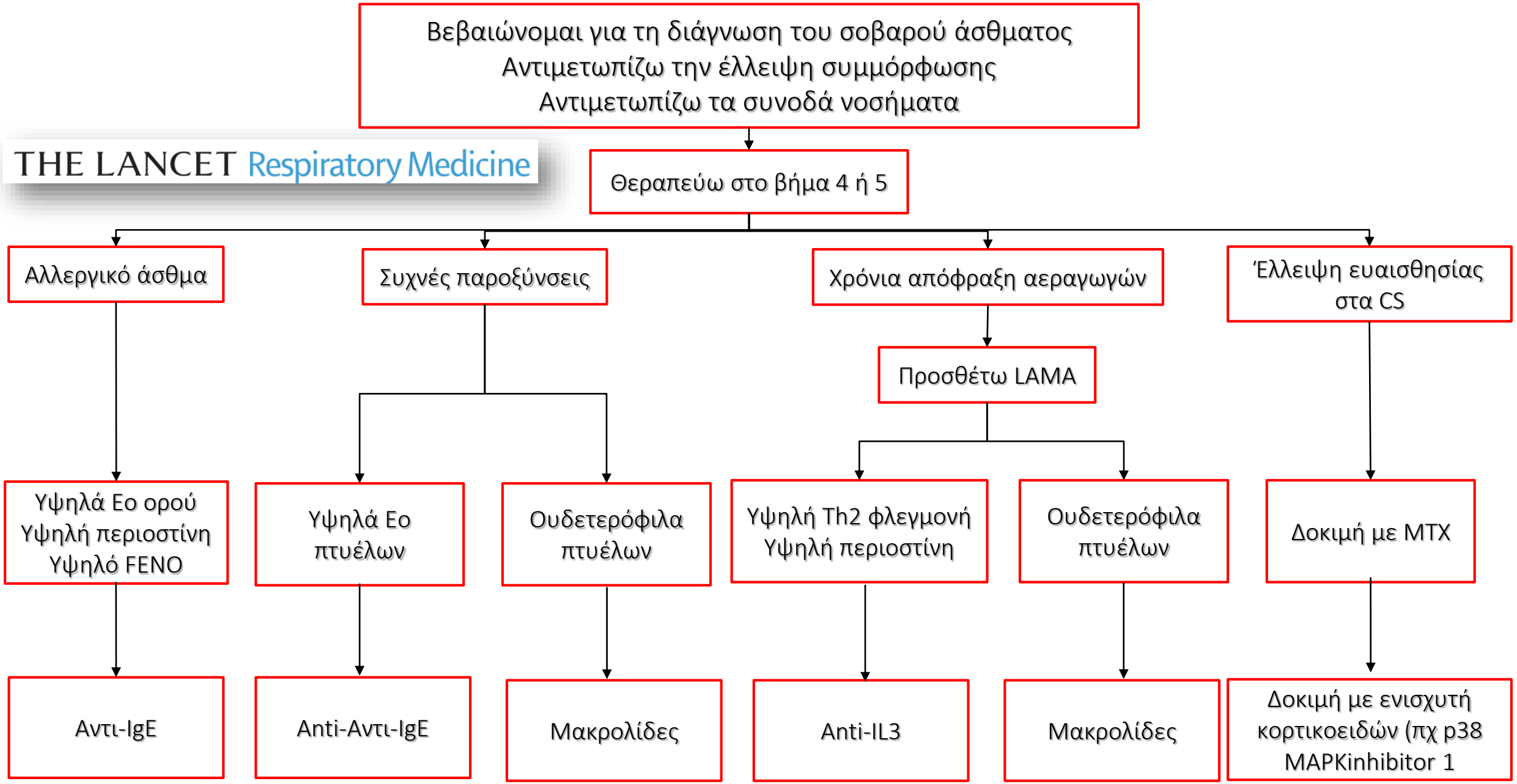
- **My reliever inhaler is not helping or I need it more than every ____ hours**
- **I find it difficult to walk or talk**
- **I find it difficult to breathe**
- **I'm wheezing a lot or I have a very tight chest or I'm coughing a lot**
- **My peak flow is below ____**

THIS IS AN EMERGENCY
TAKE ACTION NOW

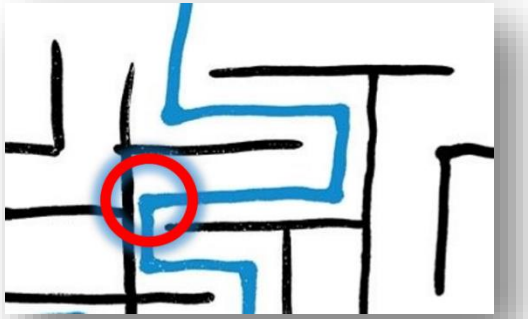
1. Take two puffs of my reliever inhaler (one puff at a time)
2. Sit up and try to take slow, steady breaths
3. If I don't start to feel better, take two puffs of my reliever inhaler (one puff at a time) every two minutes. I can take up to ten puffs
4. **If I don't feel better I should call 999 straight away.** If an ambulance doesn't arrive within ten minutes, and I'm still not feeling better, then I should repeat **Step 3**
5. Even if I feel better after this I should see my GP or asthma nurse for advice the same day
6. If I have rescue prednisolone tablets, take 40mg (8 x 5mg) altogether

Please note this asthma attack information is not designed for people who use the Symbicort SMART regime OR Fostair MART regime. If you use Symbicort SMART or Fostair MART please speak to your GP or asthma nurse about this.





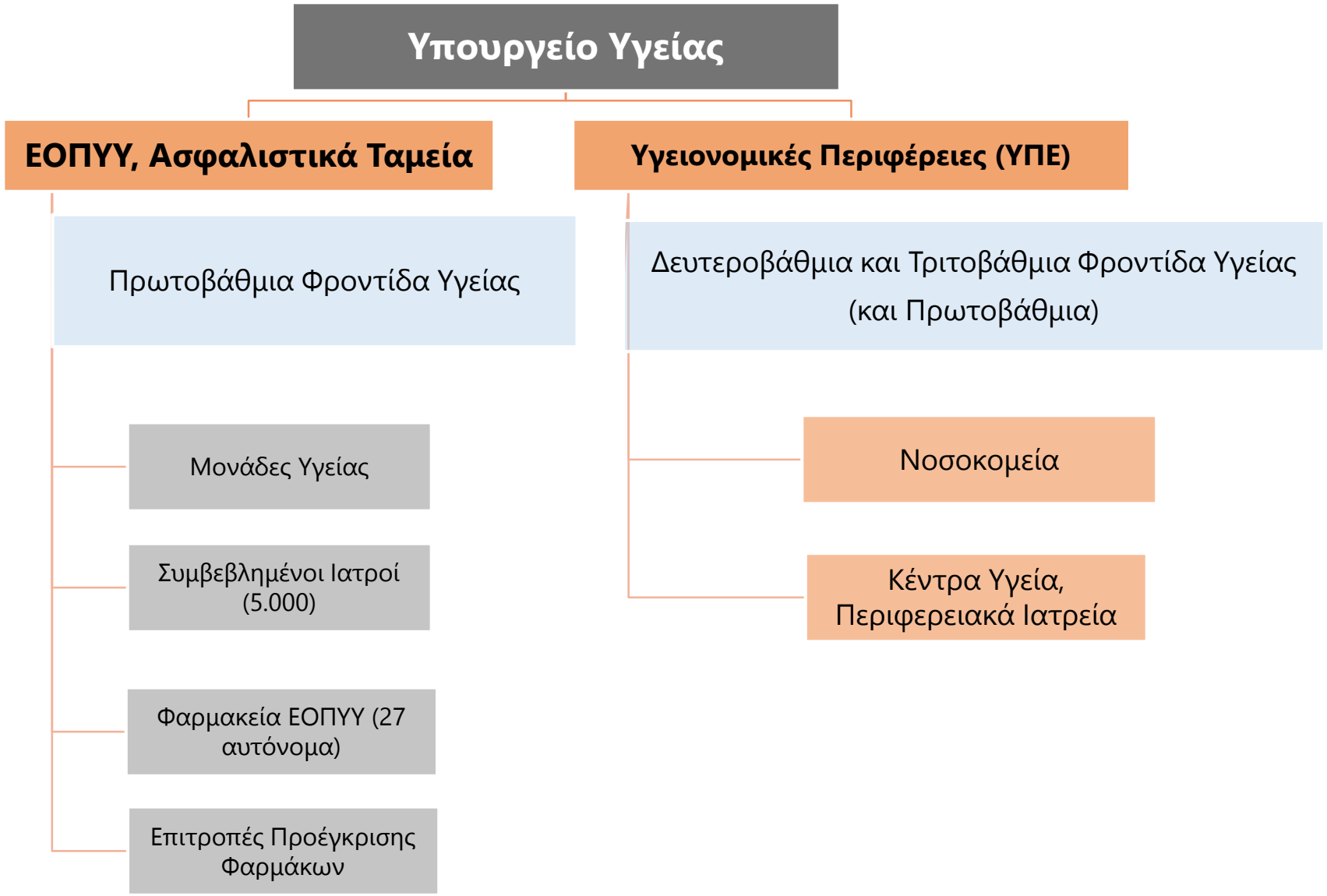
New treatments for severe treatment-resistant asthma: targeting the right patient
Lancet Respir Med 2013; 1: 639–52



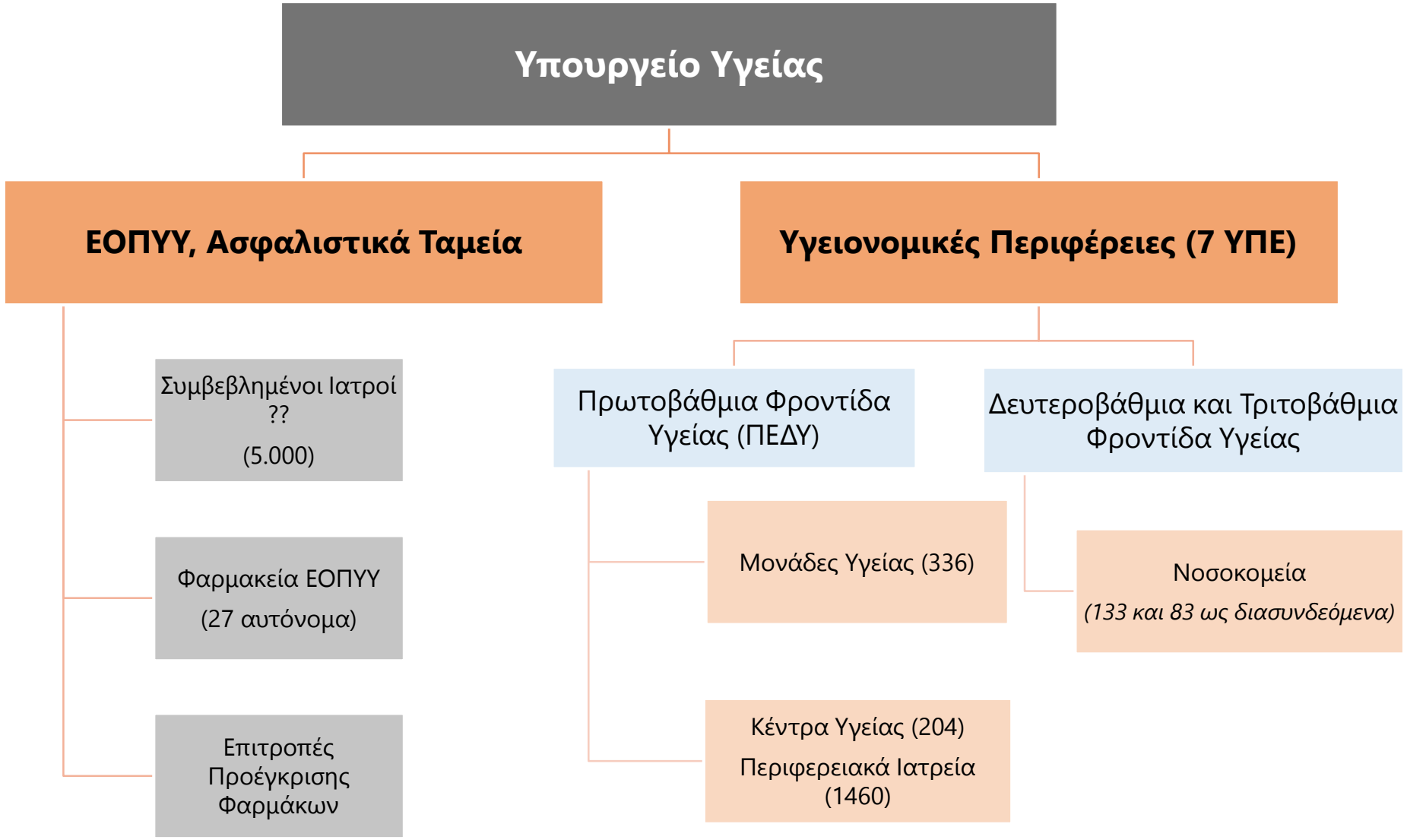
Τι συμβαίνει στην καθημερινή κλινική πράξη;
Ποιοι άλλοι παράγοντες επηρεάζουν τη διαχείριση του ασθενή με σοβαρό άσθμα;

ΗΛΕΚΤΡΟΝ
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦ
ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΕΩΣ ΙΑΤΡΟΥ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2013
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚ
ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ
22741
ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ
Αριθμ. Υ9/οικ.53768
Καθορισμός ελάχιστων ποσοστιαίων ορίων συνταγογράφησης φαρμάκων δραστικών ουσιών οι οποίες δεν τελούν υπό καθεστώς προστασίας και καθορισμός ορίου δαπάνης συνταγογράφησης φαρμάκων.
Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΗΔΙΚΑ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Α.Ε.
Π.Ε.Δ.Υ

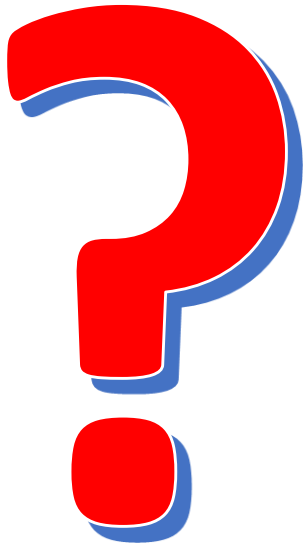
Δομές Υγείας μέχρι το 2013



Δομές Υγείας 2014



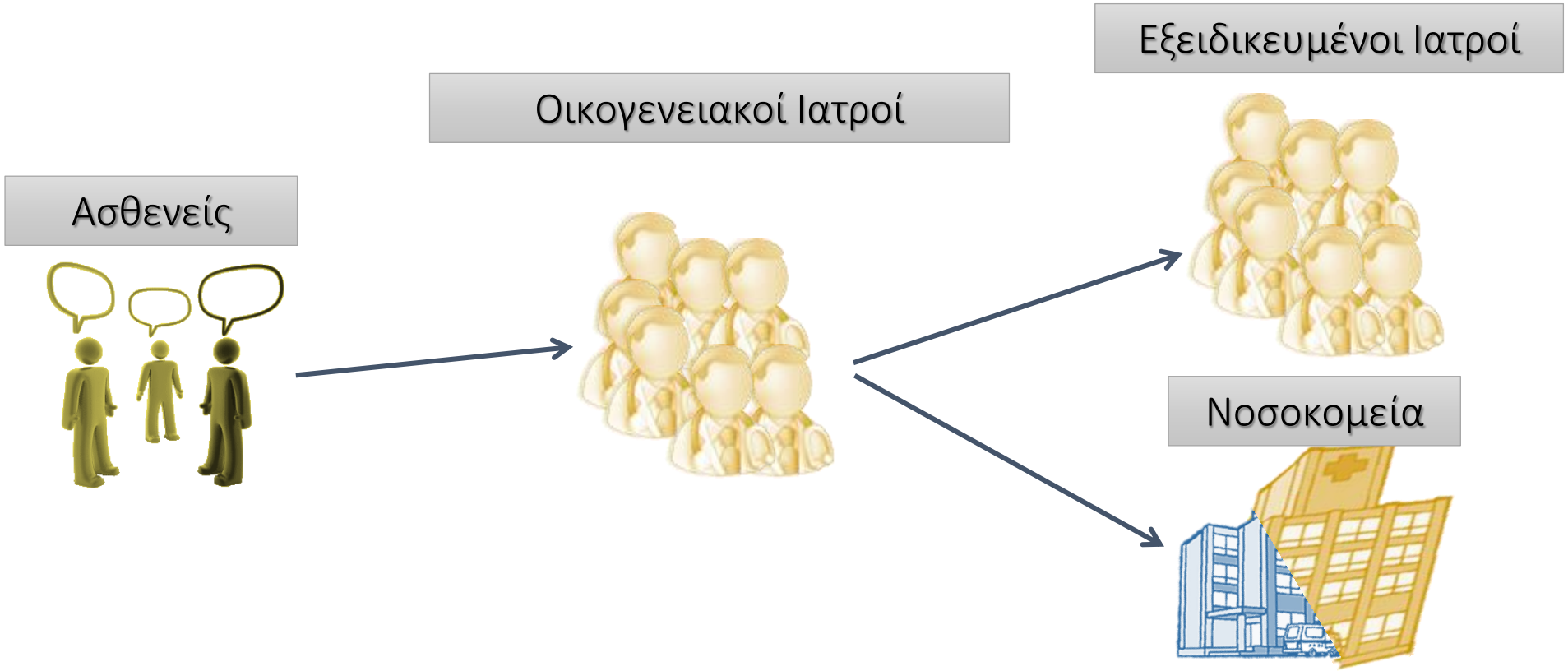
Δομές Υγείας 2015



Αλλαγές στις Δομές Υγείας

- Μέχρι στιγμής πόσο μας έχει επηρεάσει την καθημερινότητά μας;
- Το περιβάλλον θα σταθεροποιηθεί ή θα συνεχιστούν οι αλλαγές;

Αλλαγές στις Δομές Υγείας



- Έχει επηρεαστεί η πρόσβαση των ασθενών στους ειδικούς;
- Υπάρχουν κάποιες αλλαγές οι οποίες θα έπρεπε να γίνουν ειδικά για τους ασθενείς με Σοβαρό Άσθμα;

ΕΘΝΟΣ.gr ΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΘΑ ΕΞΕΤΑΖΕΙ, ΘΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΕΙ ΚΑΙ ΘΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΕΙ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Ο γιατρός της γειτονιάς

2/3/2015

Δύο νομοσχέδια -ένα «σκούπα» με διατάξεις για αλλαγές στη διοίκηση του ΕΣΥ- και ένα για την πρωτοβάθμια φροντίδα, ετοιμάζει το υπουργείο Υγείας.

Πριν από αυτά, όμως, αναμένεται να υπάρξει αλλαγή στις Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις που υπάρχουν σήμερα, με τις οποίες θα καταργείται το «εισιτήριο» των 5 ευρώ για τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και το 1 ευρώ ανά συνταγή του ΕΟΠΥΥ.

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Αθήνα, 08/07/2014

Όπως είναι γνωστό με την Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Υ9/οικ.53768 (ΦΕΚ 1796/Β/2014) καθορίζονται όρια στην φαρμακευτική δαπάνη εκάστου ιατρού ανάλογα με την ειδικότητα, τον αριθμό των ασθενών για τους οποίους συνταγογραφεί, την Περιφερειακή Ενότητα της χώρας όπου έχει έδρα και το μήνα του έτους (εποχικότητα) σύμφωνα με το Παράρτημα 2 της Απόφασης.

Τα όρια αυτά έχουν προκύψει από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων από την έκδοση των συνταγών του έτους 2013 σε ολόκληρη την επικράτεια, ανάλογα με την ειδικότητα του ιατρού, την Περιφερειακή Ενότητα που εδρεύει και την επισκεψιμότητα τον αντίστοιχο μήνα του έτους και αφορούν την μέση δαπάνη ανά ασθενή ανά ειδικότητα για την Περιφερειακή ενότητα που εδρεύει ο ιατρός.

Η ΗΔΙΚΑ έχει ενσωματώσει από τις 7-7-2014 τα όρια αυτά στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ενημερώνει καθημερινά τους ιατρούς για την ύπαρξη ή όχι υπέρβασης, **χωρίς να γίνεται διακοπή της συνταγογράφησης** για τους ιατρούς που εμφανίζουν υπέρβαση από το όριο**,** αλλά μόνο σε περίπτωση επανειλημμένης υπέρβασης ο ιατρός θα κληθεί από τον ΕΟΠΥΥ για να δικαιολογήσει τη συνταγογράφησή του.

Από την εφαρμογή της απόφασης εξαιρούνται συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών και φαρμάκων . Ωστόσο με απόφαση του Προέδρου του ΕΟΠΥΥ δύνανται να εξαιρούνται από την εφαρμογή της παρούσης , επιπλέον κατηγορίες ασθενών και ειδικές κατηγορίες ιατρών , μετά από γνωμοδότηση της Ειδικής Επταμελούς Επιτροπής της υπ'αριθμ. οικ. 12449/7.2.2014 (ΦΕΚ Β/256/7.2.2014) υπουργικής απόφασης. Σε εφαρμογή των παραπάνω, ιατροί ή σύλλογοι ασθενών που κρίνουν ότι πρέπει να εξαιρεθούν από το μέτρο πρέπει να **απευθύνουν συστημένη επιστολή** προς την Ειδική Επταμελή Επιτροπή (Αποστόλου Παύλου 12, Μαρούσι, ΤΚ 15123) , όπου θα αιτιολογούν εμπεριστατωμένα τους λόγους για τους οποίους πρέπει να εξαιρεθούν.

ΘΕΜΑ: Γνωστοποίηση διατάξεων νόμου σχετικά με συνταγογράφηση Μαρούσι 20/2/2015

Σε περίπτωση επανειλημμένης υπέρβασης των ορίων που προβλέπονται ανωτέρω, ο ιατρός καλείται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. να δικαιολογήσει τη συνταγογράφησή του.

Σε περίπτωση μη επαρκούς αιτιολόγησης της υπέρβασης, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δύναται να επιβάλει διοικητικές κυρώσεις σύμφωνα με τα ανωτέρω οριζόμενα.

Ως επανειλημμένη υπέρβαση ορίζεται η υπέρβαση των ορίων που αναφέρονται στη σχετική υπουργική απόφαση, σε ποσοστό άνω του είκοσι τοις εκατό (20%) αθροιστικά για τρεις (3) συνεχόμενους μήνες.

Στην περίπτωση αυτή, η αρμόδια Διεύθυνση που διαπιστώνει την υπέρβαση, καλεί τον ιατρό να δώσει έγγραφες εξηγήσεις εξηγήσεων. Οι εξηγήσεις υποβάλλονται μέσα σε προθεσμία δέκα (10) εργασίμων ημερών από την κοινοποίηση του σχετικού εγγράφου, στο οποίο υποχρεωτικά αναφέρεται η παράβαση που διαπιστώθηκε.

Σε περίπτωση που οι εξηγήσεις δεν κρίνονται επαρκείς επιβάλλονται στους ιατρούς οι πιο κάτω κυρώσεις, ανάλογα με τη συχνότητα και τη βαρύτητα της παράβασης:

α. πρόστιμο κυμαινόμενο από πεντακόσια (500) έως πέντε χιλιάδες (5.000) ευρώ ή

β. προσωρινός αποκλεισμός από την συνταγογράφηση σε ασφαλισμένους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., από δύο (2) μέχρι δώδεκα (12) μήνες ή

γ. οριστική καταγγελία της σύμβασης σε ιατρούς συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή αποκλεισμός κάθε συνεργασίας με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για τους μη συμβεβλημένους ιατρούς.

Πρόσφατες εξελίξεις στο περιβάλλον Υγείας

Όρια συνταγογράφησης στο σοβαρό άσθμα

- Με αυτό το μέτρο επηρεάζεται το δικαίωμα των ασθενών με σοβαρό άσθμα να:
  - έχουν πρόσβαση στη βέλτιστη θεραπεία;
  - είναι καλά συμμορφωμένοι στη θεραπεία τους;
  - επιτύχουν έλεγχο της νόσου τους;

Δεν θεραπεύουμε άσθμα
αλλά ασθενείς

Υπάρχουν πολλές παγίδες στο
δρόμο για την επιτυχή θεραπεία

Η γνώση αλλά και η συνεργασία
δίνουν τις λύσεις